

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество полностью родителя (законного представителя) (дата рождения)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

зарегистрированного по  
адресу: \_\_\_\_\_

уполномочиваю

\_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя и отчество сопровождающего полностью) (дата рождения)  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

зарегистрированного по  
адресу: \_\_\_\_\_

пройти комплексное психолого–медико–педагогическое обследование с ребенком  
(подростком):

\_\_\_\_\_,  
.....(Фамилия, имя и отчество ребенка полностью)..... (дата рождения)  
Свидетельство о рождении (паспорт) \_\_\_\_\_, выдан(о) \_\_\_\_\_

зарегистрированного по  
адресу: \_\_\_\_\_;

быть нашим представителем в структурном подразделении «Территориальная психолого-медико - педагогической комиссия», подавать от нашего имени заявления, получать справки и документы, расписываться за нас, принимать решения по вопросам медицинских вмешательств, нести ответственность за жизнь и здоровье ребенка (детей) в период

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись родителя \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_

Подписи доверительных лиц заверяю

Руководитель учреждения

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, инициалы)

М.П.